

## ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова В.А. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям (The bone and Joint Decade 2000-2001) // Российский медицинский журнал. – 2000. – Т.8. - №9. – С. 8-14.
2. Насонова В.А., Хантаев Н.В. Международное десятилетие болезней костей и суставов // Терапевтический архив. – 2001. - №5. – С. 5-7.
3. Отчет научно-технической программы «Разработка научно-обоснованных подходов совершенствования ревматологической помощи в Республике Казахстан». – Шымкент. - 2008г.

УДК -616-08-039.57:616-05:364.46.22

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ СИСТЕМЫ СБАЛАНСИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

*Я.Г.Чуриева, К.Е. Ахмадиева, Г.К.Жакыманова*

*Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент*

## ТҮЙІН

Ауруларға үйде көрсетілген алғашқы медициналық- санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру үшін учаскелік дәрігердің жұмысын көлемдік сипаттан жеке аурулардың мақсатына қарай аудару қажет. Осы мақсатта дәрігердің жеке қызметтік міндеттерін ауру мен кәрі адамдарға әлеуметтік-медициналық көмек көрсету, терминалдык жағдайдағы ауруларға жәрдем беру, жедел аурулар бар тұлғаларға көмек ұйымдастыру бөлімдеріне жүктеу қажет.

## SUMMARY

The perfect organization of first sanitary aid at home must be held with the help of district doctors, which should examine their patient perfectly. Looking after the patients and grandparents in terminal conditions the first aid must help with illnesses to the patients.

Стратегический менеджмент требует постоянного совершенствования организации медицинской помощи. Одним из путей реализации данной стратегии является изучение мнения потребителей (пациентов) о качестве организаций медицинских услуг. В рамках применения системы сбалансированных показателей необходимо осуществлять изучение мнения пациента и врача в определении состояния качества амбулаторно - поликлинических и стационарных услуг.

Многочисленные проблемы здравоохранения страны (несоответствие системы организации и управления здравоохранением современным требованиям, недостатки в материально – техническом обеспечении, в подготовке и использовании кадровых ресурсов, трудности при внедрении в практику научных разработок и др.) сказываются на результатах медицинской помощи и порождают справедливые нарекания со стороны населения. Руководители здравоохранения различных уровней предлагают пути решения проблем, определяют их приоритетность, но во всех предложениях основным является требование резкого улучшения организации деятельности лечебно – профилактических учреждений и качества медицинской помощи.

Не ставя задачу критического анализа существующих многочисленных определений качества медицинской и не вдаваясь в теоретические обоснования, считаем целесообразным в рамках излагаемого материала принять следующее рабочее определение, удовлетворяющее одному из существенных требований – универсальности: качество медицинской помощи – это соответствие предоставляемой оптимальной помощи в пределах имеющихся ресурсов и возможностей потребностям пациентов.

Основными компонентами качества являются технология оказания медицинской помощи (зависящая от научно-технического уровня, материальной базы здравоохранения и профессиональной базы здравоохранения и профессиональной подготовки медицинских работников) и искусство её оказания (включающее сферу организации общения с пациентом, манеры и поведение персонала, этику и деонтологические навыки работников медицинских учреждений, НОТ, методы и формы управления).

Общепринятым подходом к решению вопросов улучшения качества медицинской помощи является стремление к обеспечению высокого технологического уровня профилактических, диагностических и лечебных процедур. Не умоляя значения технологических вопросов, необходимо, однако, подчеркнуть, что искусство оказания медицинской помощи, особенно в условиях поликлиники, дает больше возможностей для повышения ее качества, так как успех в лечении значительной части «поликлинической» патологии – ОРВИ, гриппа, ряда заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта – мало зависит (или даже совсем не зависит) от использования технических средств. Поэтому конечные результаты технического порядка при такой патологии не лучше конечных результатов организационного и этико-деонтологического свойства, а, кроме того, последние несравненно дешевле, более управляемы и позволяют получить отдачу в кратчайшие сроки.

Главными критериями качества медицинской помощи служат степень использования медицинскими работниками имеющихся в их распоряжении ресурсов, изменения в состоянии здоровья населения, удовлетворенность населения полученной медицинской помощью.

Каждый из трех названных критериев важен и является необходимым элементом комплексного подхода к оценке деятельности системы здравоохранения в целом, различных служб, учреждений и отдельных работников. Однако из огромного количества показателей (по данным некоторых авторов – до 2000), применяемых при анализе деятельности здравоохранения, лишь небольшая часть из них может быть отнесена к критериям качества. В этой связи представляется необходимым определить значимость каждого критерия с точки зрения целесообразности его использования в стратегическом или оперативном управлении качеством оказания медицинской помощи.

Критерий степени использования медицинскими работниками имеющихся в их распоряжении ресурсов, появившихся в медицинской практике новых технологических приемов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации может служить сегодня для оценки профессиональных возможностей медицинского персонала, его отношения к имеющимся средствам. Качественный аспект оценки возможен лишь при разработке соответствующих стандартов технологии ведения с той или иной патологией и при сопоставлении с фактическими данными может занять надлежащее место в системе управления качеством оказания медицинской помощи.

Критерий состояния здоровья незаменим в принятии стратегических управленческих решений и на достаточно высоком уровне управления, тогда как для оперативных целей управления или оценки деятельности отдельного учреждения, а тем более конкретного медицинского работника он может использоваться со многими оговорками. Так, по данным ряда авторов, деятельность системы здравоохранения занимает среди факторов, влияющих на здоровье населения, примерно 10%; изменения в здоровье населения проявляются через значительные промежутки времени, иногда зависят от экстремальных причин; статистическая достоверность оцениваемых параметров достигается при достаточно большом числе данных и т.д.

С позиций оперативного управления критерий удовлетворенности населения медицинской помощью, оказываемой городскими поликлиниками, является наиболее предпочтительным, благодаря следующим характеристикам: этот критерий объективен, так как отражает мнение потребителя медицинской помощи и следовательно, свободен от профессиональной предвзятости или ведомственной зависимости; он многоаспектен, так как может включать в себя показатели, характеризующие организацию медицинской помощи, доступность терапевтической и специализированных видов медицинской помощи, качество ряда проводимых лечебных мероприятий, эффективность профилактической работы, этико-деонтологическую сторону профессиональной подготовки врача; он чрезвычайно чувствителен, так как обладает способностью практически немедленной реакции почти на все изменения, происходящие в оказании медицинской помощи.

В рамках эксперимента по свободному выбору врача, проведенного в поликлиниках ряда регионов страны, исследована возможность использования вышеназванного критерия в управлении качеством организации лечебно-профилактической помощи. Методика исследования состояла из нескольких элементов получения и анализа информации, характеризующей среди прочих организационные и этико-деонтологические аспекты поликлинической помощи.

Социологическая программа исследования включала опросы населения с целью выявления причин неудовлетворенности организацией профилактических осмотров, клинических исследований, консультаций и работы вспомогательных подразделений поликлиники. Кроме того, теми пациентами, которые хотели бы получать медицинскую помощь у другого участкового терапевта, заполнялась специальная анкета с указанием причин такого решения. Наконец, третья анкета, заполнявшаяся пациентами участковых терапевтов, позволяла систематически в ходе всего периода исследования иметь ежеквартальную оценку удовлетворенности врачебным приемом (с указанием причин неудовлетворенности). В дополнение к такой оценке тщательному экспертному анализу подвергались все письменные жалобы населения и те из них, которые признавались обоснованными, шли в зачет общей оценки работы участкового терапевта.

Вторая часть социологической программы была направлена на получение профессиональной оценки причин неудовлетворенности населения медицинской помощью. С этой целью были разработаны анкеты, заполнявшиеся участковыми терапевтами на начальном и заключительном этапах исследования. Экспертная оценка ряда регистрируемых показателей организации работы участковых терапевтов дополнила результаты анкетирования врачей.

Сравнительный анализ полученных данных позволил выявить изменения, происшедшие в удовлетворенности населения организацией медицинской помощи в поликлиниках, а также в показателях, являющихся причинно-следственными в этих изменениях.

Детальный анализ социологического исследования причин неудовлетворенности населения медицинской помощью и оценку этих причин врачами предполагается дать в специально посвященной этой теме статье.

Задачей настоящего сообщения является анализ динамики тех показателей работы врачей и поликлиники в целом, которые относятся к критерию удовлетворенности населения организацией медицинской помощи.

В нашем примере анализируется динамика количества пациентов, пришедших от одного врача к другому, числа обоснованных жалоб населения, числа отрицательных оценок пациентами врачебного приема, времени ожидания приема, времени обследования до установления диагноза, числа дефектов при проведении диспансеризации.

Использованная в исследовании система получения и обработки данных предоставила возможность администрации поликлиник на производственных совещаниях регулярно информировать врачей об изменениях контролируемых показателей, разрабатывать и применять меры немедленного воздействия на неудовлетворительные моменты в организации лечебно-профилактической помощи.

Первые три перечисленных показателей являются прямыми производными реакции населения на неудовлетворительное состояние медицинской помощи, в том числе и ее организационных аспектов. Значительная часть причин неудовлетворенности населения (и как следствие переход к другому врачу, жалобы, негативная оценка контакта с врачом) относится к области межличностных отношений врача и пациента. Это прежде всего (со стороны врача) невнимательность, равнодушие, реже – грубость т.п. Аргументом в правильности такого заключения является достаточно быстрое и однозначное стремление величин этих показателей к нулевому уровню после проведения соответствующей работы с участковыми терапевтами и работающими с ними на приеме медицинскими сестрами по корректировке поведения в общении с пациентами.

При введении принципа свободного выбора участкового терапевта на начальном этапе лишь 0,2% населения перешли к другому врачу, на последующих этапах эксперимента таких переходов зарегистрировано не было. Это свидетельствует прежде всего о достаточно высоком авторитете подавляющего большинства участковых терапевтов, а также о надуманности самой проблемы свободного выбора врача в нынешних условиях (отсутствие каких-либо мотиваций у врача к борьбе за пациента, невозможность физически обеспечить медицинской помощью на дому пациентов, проживающих не только на закрепленном территориальном участке и т.п.). Следует, однако, отметить, что в психологическом плане переходы пациентов оказываются достаточно эффективным стимулом в стремлении врачей к улучшению взаимоотношений с больными, совершенствованию некоторых организационных моментов приема (активное регулирование очереди, консультирование у специалистов в присутствии участкового терапевта и т.д.).

Обоснованные жалобы населения на участковых врачей отмечались как единичные лишь на начальном этапе исследования. Начиная со II квартала обоснованных жалоб зарегистрировано не было. Характер жалоб начального этапа сводился к задержкам в обследованиях, отказам в направлении на консультации или в выписывании тех или иных медикаментов и пр. После того как врачам рекомендовали находить для пациентов приемлемые формы объяснения своих назначений и действий, проблема жалоб была практически снята с повестки дня. Следует отметить и корректировку другой стороны возникновения обоснованных жалоб: врачи перестали давать поводы для написания жалоб и тем, что стремились в пределах возможностей удовлетворять желания пациентов в полноценном обследовании и лечении.

Проводившиеся регулярно оценки врачебного приема пациентами на начальном этапе исследования показали в 3,3 % случаев негативное отношение к состоявшемуся контакту с врачом. Причины отрицательных оценок заключались главным образом в сфере межличностных отношений (невнимательность, равнодушие, грубость врача) и организационных аспектах проведения приема (очереди, несоблюдение времени приема, трудности в получении консультации специалиста, нечеткость работы регистратуры и т.д.). Своевременная реакция врачей и руководителей поликлиники на эти оценки привела к тому, что уже во II квартале от начала исследования лишь 0,6 % оценок приема со стороны пациентов были негативными, а затем, до конца исследования, они были только положительными.

Следующие в анализируемой нами группе показатели организации медицинской помощи, вызывавшие неудовлетворенность пациентов (длительность ожидания приема, растянутость обследования до установления диагноза и начала интенсивного лечения, формальное проведение диспансеризации без необходимых осмотров и обследований), с помощью разработанной системы регистрации и оценки были поставлены под постоянный контроль со стороны врачей и администрации поликлиник. Проводимые мероприятия (активное регулирование очереди, максимально возможное соблюдение назначаемого времени приема, согласование расписания приема терапевтов и специалистов, корректировка в соответствии с пиками нагрузки, назначение времени обследования и лечебных мероприятий в диагностических и лечебных подразделениях поликлиник и т.д.) позволили добиться существенных улучшений регистрируемых показателей. В оценках населения причины неудовлетворенности, связываемые с упомянутыми показателями, к концу исследования упоминались на порядок реже, чем в начальном периоде.

Отмечена четкая тенденция уменьшения времени ожидания врачебного приема, хотя исходные позиции были различными и базировались на среднестатистическом для каждой поликлиники времени (от 15 до 18 мин). И если в начальном периоде более 50 % врачей не выполняли условного для поликлиники «норматива», то на заключительном этапе к 85-100 % врачей время ожидания приема было меньше расчетного. Аналогичные сдвиги произошли и со временем обследования по ведущим заболеваниям (ИБС, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гипертоническая болезнь, хронические бронхиты и пневмонии). С учетом клинко-диагностической базы в поликлиниках были получены расчетные ориентиры сроков обследования, которые составили от 2 до 10 дней. Данные начального периода свидетельствуют о том, что

более установленного времени обследовали пациентов от 25 до 75 % врачей. На заключительном этапе от 80 до 100 % врачей выдерживали расчетные сроки при сохранении полноты обследования.

Охват диспансерным наблюдением лиц с ведущими заболеваниями был практически повсеместно стопроцентным, однако дефекты при проведении диспансеризации, заключающиеся в проведении неполного объема исследований, в начальном периоде отмечались у абсолютного большинства врачей. К концу исследования удалось несколько улучшить эту работу, хотя коренного перелома в ее выполнении добиться не смогла ни одна поликлиника. Возможные объяснения следует искать в несовершенстве требований к проведению диспансеризации и излишнем количестве документов, которые приходится заполнять участковым терапевтам.

Представляется не безинтересным мнение участковых терапевтов о причинах неудовлетворенности населения медицинской помощью. По мнению большинства анкетированных врачей, на длительность обследования пациентов прежде всего влияет недостаточная материально-техническая оснащенность поликлиник; 66 % врачей видели серьезную причину этого в недисциплинированности пациентов, 46 % терапевтов - в плохой организации лечебно-диагностического процесса (несогласованность расписания работы различных специалистов и подразделений поликлиники). Все это задерживало начало интенсивного лечения, удлиняло его сроки и, по мнению более чем 1/4 части врачей, приводило к конфликтам с пациентами. Примерно в этой же пропорции указанные причины назывались в качестве основных и при анализе недовольства населения мероприятиями по диспансеризации.

Участковые терапевты считают, что улучшению удовлетворенности населения медицинской помощью могут способствовать совершенствование организации лечебно-диагностического процесса (60 %), снижение нагрузки на приеме (58%), улучшение профессиональной подготовки врачей (44 %) и передача части функций средним медицинским работникам (40%). Любопытно, что в качестве основных причин конфликтов с пациентами не указана недостаточная деонтологическая подготовка врачей, но каждый четвертый из них хотел бы эту подготовку улучшить.

Следовательно, многофакторный характер оценки качества организации медицинской помощи населению в городских поликлиниках дает основание для поэтапного решения проблемы ее улучшения. Учитывая длительность периода материально-технического переоснащения, поиска и внедрения в практику новых медицинских технологий, а также отдаленность появления основных результатов (уменьшение показателей смертности, инвалидизации, увеличение средней продолжительности жизни), представляется целесообразным на первом этапе работы по совершенствованию организации лечебно-профилактической помощи сосредоточить усилия на достижении и оценке показателей удовлетворенности населения медицинской помощью, дающих достаточно объективные предпосылки для оперативного управления качеством ее организации.

Повышение качества организации поликлинической помощи на нашем примере достигается уменьшением потери времени пациентов на всех этапах контакта с поликлиникой, улучшением доступности консультативной помощи, лечебно-диагностических подразделений поликлиники, уменьшением числа обоснованных жалоб со стороны населения, улучшением межличностных взаимоотношений врача и пациента. Таким образом, уже сегодня вполне реально внедрение в практику управления качеством организации медицинской помощи оценки удовлетворенности населения на регулярной основе по ряду показателей (как приведенных в настоящем сообщении, так и в иных сочетаниях).

Информация, необходимая для принятия решений, управляющих воздействием, может быть получена наряду с существующей системой учета деятельности поликлиники, специально создаваемой информационной базой медико-социологического плана, легко осуществимой технически и не требующей больших усилий для функционирования. Последнее подтверждается тем, что ряд поликлиник, участвовавших в эксперименте, предполагает продолжать периодические опросы населения с целью получения оценок врачебного приема, а также регулярную экспертную оценку регистрируемых показателей улучшения (ухудшения) организации лечебно-профилактической помощи населению.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абильдаев Т.Ш., Омарбекова С.Ж., Саурбаев Т.К. О мнениях пациентов и медицинских работников по оценке современного состояния региональной системы здравоохранения // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы, 2002, №25 с 31-35.
2. Саурбаев Т.К. К вопросу совершенствования системы первичной медико-санитарной помощи населению г.Тараз. «Сб. Трудов 5-ой Международной конференции молодых ученых-медиков стран СНГ» Современные проблемы теоретической и клинической медицины. – Алматы, 2003. с 21.
3. Грачев И.С., Жуков А.Е., Андреев С.А. Результаты социологического опроса населения о состоянии амбулаторно – поликлинической и стационарной помощи. // Советское здравоохранение. – Москва 1991. №3 – с. 16-19.